CL/ I9 59 w9b{9LDb9 a 9b¢{
! / / ¦9L[59 [hL{Lw{ {! b{ I9.9wD9 a 9b¢
/9b¢w9 !9w9 a ¦bL/Lt ![

9bC ! b¢
b2Y Y
tNJŞy2Y Y
5I-űŜ ŘŜ yI-ƛăăI-yŎŜ Y
! ƎŜ Y I-yã ăŜĚŜ Y ☐ C ☐ a
wŞƎƛYŜ I-fƛYŜyűI-ƛNJŜ Y
bI-ƎŜdzNJ óăI-yã ōNJI-ăăI-NJŘú Y ☐ 2dzƛ ☐ y2y

w9{thb{ ! . [9 [9D ! [
☐ tŜNJŜ ☐ ! dzűNJŜ Y
b2Y Y
tNJŞy2Y Y
! ŘNJŜăăŜ Y
¢Ŝf Y ¢Ŝf pro Y
! ŘNJŜăăŜ YI-ƛf Y
{ƛűdzI-űƛ2y ŦI-YƛfƛI-fŜ Y ☐ a I-NJƛŞóŜú ☐ / ŞfƛōI-űI-ƛNJŜ ☐ ±ƛŜ YI-NJƛűI-fŜ ☐ 5ƛØ2NJŎŞóŜú ☐ ±ŜdzŦ óŜú
wŞƎƛYŜ Y ☐ DŞyŞNJI-f ☐ a{! ☐ ! dzűNJŜ
bdzYŞNJ2 ! ff2ŎI-űI-ƛNJŜ Y vdz2űƛŜyű Y

w9{thb{ ! . [9 [9D ! [
☐ a ŜNJŜ ☐ ! dzűNJŜ Y
b2Y Y
tNJŞy2Y Y
! ŘNJŜăăŜ Y
¢Ŝf Y ¢Ŝf pro Y
! ŘNJŜăăŜ YI-ƛf Y
{ƛűdzI-űƛ2y ŦI-YƛfƛI-fŜ Y ☐ a I-NJƛŞóŜú ☐ / ŞfƛōI-űI-ƛNJŜ ☐ ±ƛŜ YI-NJƛűI-fŜ ☐ 5ƛØ2NJŎŞóŜú ☐ ±ŜdzŦ óŜú
wŞƎƛYŜ Y ☐ DŞyŞNJI-f ☐ a{! ☐ ! dzűNJŜ
bdzYŞNJ2 ! ff2ŎI-űI-ƛNJŜ Y vdz2űƛŜyű Y

En cas de séparation des parents, vous devez obligatoirement joindre une photocopie du jugement, spécifiant les modalités exactes de garde de l'enfant.

t9w{hbb9{ ! ¦¢hwL{99{ ! w9/ ¦ t9w9w [Ω9bC ! b¢ óI-dzűNJŜă IjdzŜ fŜă LJI-NJŜyűăú	
a ϕ a YŜ Y ¢Şf Y	a ϕ a YŜ Y ¢Şf Y
a ϕ a YŜ Y ¢Şf Y	a ϕ a YŜ Y ¢Şf Y

! ¦¢hwL{ ! ¢Lhb{
WΩI-dzű2NJƛăŜ Y2y ŜyŦI-yű Ł Y
wŜyűNJŜNJ ăŜdzfóŜú 2dzƛ ☐ y2y ☐
<űNJŜ LJK2ű2ƎNJI-LJKƛŞΣ ŦƛfYŞΣ LJ2dzNJ dzűƛfƛăŜNJ ŎŜă Ř2ŎdzYŜyűă ădzNJ ƛyűŜNJyŜű 2dz ōdzffŜűƛy Ydzy ƛŎƛLJI-f Y óLJI-ƎŜ CI-ŎŜō22ʅΣ ăƛűŜ ƛyűŜNJyŜűXú 2dzƛ ☐ y2y ☐

[Ŝă ƛyŦ2NJYI-űƛ2yã NJŜŎdzŜƛffƛŜă ădzNJ ŎŜ Ŧ2NJY dzfI-ƛNJŜ ă2yű ŜyNJŜƎƛăűNJŞŜă LJI-NJ fI- YI-ƛNJƛŜ ŘI-yã dzy ŦƛŎKƛŜNJ ŘŜăűƛyŞ I-dz űNJI-ƛűŜYŜyű ŘŜă Ř2ăăƛŜNJă Ŝű ăŜNJ2yű Ŏ2yãŜNJØŞŜă ŘdzNJI-yű fΩI-yyŞŜϕ ±2dză LJ2dzØŜÎ ŜĚŜNJŎŜNJ Ø2űNJŜ ŘNJ2ƛű ŘΩI-ŎŎŜă I-dzĚ Ř2yyŞŜăΣ fŜă ŦI-ƛNJŜ NJŜŎűƛŦƛŜNJ Ŝy Ŏ2yűI-ŎűI-yű fI- YI-ƛNJƛŜϕ

FICHE SANITAIRE

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :
Dr : **Tél :**

L'enfant a-t-il déjà eu des maladies infantiles : **oui** ☐ **non** ☐
Si oui, lesquelles ?

Existence d'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) **oui** ☐ **non** ☐

Votre enfant est-il allergique : ☐ **oui** ☐ **non**
Si oui, précisez l'allergie : ☐ asthme ☐ alimentaire ☐ médicamenteuse
☐ autres

L'enfant suit-il un traitement médical ☐ **oui** ☐ **non**
(Si oui joindre une ordonnance de moins d'un an, avec le médicament dans son emballage d'origine avec notice, le nom, prénom de l'enfant inscrit dessus. Le traitement sera à remettre à la direction le 1er jour de l'accueil)

Recommandations utiles des parents : (difficultés de santé, précaution à prendre, lunettes,….)

J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs :
☐ **A prendre, le cas échéant toutes les mesures (hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant**

☐ **A administrer un traitement médical uniquement sur ordonnance**

ASSURANCE OBLIGATOIRE : RESPONSABILITE CIVILE

Compagnie :
Numéro de contrat :
N° sécu du responsable de l'enfant :
Nom de la mutuelle :

Je soussigné (e) , responsable légal de certifie :

☐ Avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure,

- En accepter les modalités (document 1)
- En accepter les conséquences en cas de non-respect ou tout comportement non respectueux des règles fixées par l'équipe d'animation (réprimande, avertissement…)

☐ L'exactitude des renseignements figurants sur la fiche d'inscription

Fait à Le
Signature du responsable légal

Rappel des pièces à fournir : (obligatoire)

- Attestation du quotient familial
- Photocopie carnet de santé (vaccination)
- Attestation responsabilité civile extrascolaire

*Tout dossier incomplet ne sera pas validé.

Veuillez remplir cette fiche avec la plus grande attention. Elle nous permet d'une part, d'avoir les renseignements et autorisations indispensables pour l'inscription de votre enfant à l'accueil de loisirs, et d'autres part de répondre au mieux à vos attentes et obtenir le meilleur fonctionnement possible. Merci de signaler tout changement de situation, coordonnées, état de santé de votre enfant, ect….